

## Einwilligung zum E-Mail-Postaustausch

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Praxis wird den E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail versendet.

Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs wurde ich informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ich wünsche dennoch mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen

---

Ich wünsche die end-to-end Verschlüsselung über das System

---

Hier dürfen auch weitergehende Informationen übermittelt werden. Bitte nutzen Sie folgende E-Mail-Anschrift

---

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)